



TITLE:

<学会抄録>第232回日本泌尿器科学会関西地方会

AUTHOR(S):

CITATION:

<学会抄録>第232回日本泌尿器科学会関西地方会. 泌尿器科紀要 2017, 63(5): 217-220

ISSUE DATE:

2017-05-31

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/226070>

RIGHT:

許諾条件により本文は2018/06/01に公開

学会抄録

第232回日本泌尿器科学会関西地方会

(2016年5月21日(土), 於 和歌山県JAビル)

MALT リンパ腫に合併した副腎血管腫の1例：宮崎慎也，朴 英寿，上田 崇，齋藤友充子，大石正勝，山田恭弘，岩田敦子，中村晃和，本郷文弥，沖原宏治，浮村 理（京府医大） 78歳，男性。MALT リンパ腫（リツキシマブ療法後SD）の経過観察中にCTにて右副腎腫瘍を指摘され，精査目的で当院血液内科より紹介となった。造影CTで辺縁優位に造影される30mm大の右副腎腫瘍を認めた。画像検査のみでの確定診断が難しく，CTで経過観察となった。腫瘍は45mmまで徐々に増大を認めた。悪性疾患もしくはリンパ腫の転移が否定できなかったため，組織診断を兼ねた腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した。病理診断は副腎海綿状血管腫であった。

腎膿瘍との鑑別が困難であった多房嚢胞性腎細胞癌の1例：尾張拓也，岩本崇史，大塚憲司，松下千枝，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀（奈良医大） 39歳，男性。発熱，痙攣発作を主訴に前医を受診。髄液検査で細胞数の上昇を認め，髄膜炎や脳炎が疑われ，当院神経内科紹介。全身感染症の精査目的で施行したCTで左腎下極に3cm大の腎腫瘍を指摘され，腎膿瘍もしくは腎癌が疑われ，当科紹介。体温は37.7℃，採血上WBC 10,800，CRP 2.29と炎症反応の上昇を認めた。造影CTでは造影効果のある不整な隔壁を有する腫瘍を認めた。抗菌薬加療が行われ，炎症反応は速やかに低下するも，第25病日に施行した造影CTでは腫瘍の縮小は認めなかった。多房性嚢胞性腎癌を疑うも，質的診断には至らず，術中迅速検査で悪性の確証を得たうえで，開腹腎部分切除術を施行。病理組織結果はclear cell carcinomaで構成される多房性嚢胞性腎癌であった。

腎温存手術を施行した腎芽腫（Wilms' tumor）の1例：山中庸平，永原 啓，藤田和利，植村元秀，木内 寛，今村亮一，宮川 康，野々村祝夫（大阪大），宮村能子，橋井圭子（同小児科），出口幸一，上原秀一郎，奥山宏臣（同小児外科） 4歳，女児。出生後より左半身の肥大，下肢血管腫を認めた。2カ月前から腹痛，腹部膨隆認め小児科受診。CTにて右腎に径12cm大の腫瘍を認め腎芽腫が疑われた。本症例はBeckwith-Wiedemann 症候群などの先天奇形症候群に伴う腎芽腫の疑いがあり，異時性対側発症の可能性が考えられたため，腎温存手術を行う方針とした。術前化学療法としてビンクリスチン，アクチノマイシン，ドキソルビシン3剤併用療法を12週行い，腫瘍は4.2cmに縮小したため腎部分切除施行。術後補助化学療法として同様に3剤併用療法を12週施行したが，その後1年再発を認めず，腎機能も良好に保たれている。

精巣腫瘍を合併した若年性腎細胞癌の1例：満洲真一郎，市川和樹，尾張拓也，山本与毅，伊丹祥隆，中濱智則，松本吉弘，百瀬 均（星ヶ丘医療セ） 39歳，男性。左精巣腫瘍疑いで当科紹介。転移精査目的の造影CTで，後腹膜リンパ節の腫大や肺野縦隔に転移を認めなかったが，右腎に造影早期から濃染される5cm大の腫瘍を認めた。まず，左高位精巣摘除術施行し，病理結果はseminomaであった。画像所見上，右腎腫瘍は腎細胞癌を疑う所見であり，生検が困難な位置である事，他に転移巣を認めないことから，後腹膜腔鏡下に右腎摘除術を施行した。病理結果はclear cell carcinoma INFa G2であり，セミノーマpT1N0M0と淡明腎細胞癌pT1bN0M0の同時性重複癌と診断した。尿管浸潤や転移を認めないため，術後化学療法・放射線療法は行わず，経過観察とした。術後1年4カ月の現在，再発・転移を認めていない。

術後15年で胸膜に再発を認めた腎細胞癌の1例：田中尚夫，羽阪友宏，西川徳彰，北本興市郎，浅井利大，石井啓一，上川禎則，金卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪市総合医療セ） 68歳，男性。腎細胞癌，pT2N0M0の術後15年目に，単純CTにて胸膜に4cm大の腫瘍陰影を認めた。既往歴にアスベスト曝露歴があり，悪性中皮腫も疑われた。PET-CTでは集積は軽度高値のみであり，低悪性度の腫瘍の可能性が示唆された。胸膜悪性腫瘍摘出術を施行し，術中迅速病理検査

および，摘出標本の病理像はclear cell carcinomaであり，腎細胞癌の晩期再発と診断された。本邦では腎細胞癌の胸膜単独転移の報告例は7例のみと非常に稀であり，胸水細胞診や針生検では診断率が低く，胸腔鏡生検や全摘出後に診断されている。腎細胞癌術後患者では長期フォローが必要であり，鑑別疾患の1つとして念頭に置くことが必要である。

腎 Solitary fibrous tumor の1例：植木秀登，寺川智章，古川順也，原田健一，日向信之，石村武志，中野雄造，藤澤正人（神戸大） 79歳，男性。健診の腹部エコーで偶発的に右腎に腫瘍性病変を指摘され当科紹介。CTで右腎上極背側に，早期層で不均一に造影されwashoutされる，17mm大の腫瘍性病変を認めた。腎細胞癌と診断し，腎部分切除術を行った。病理組織はHE染色では，紡錘細胞が不均一に配列したpatternless patternを示し，免疫染色はCD34，Bcl-2，STAT6が陽性であり，solitary fibrous tumor（以下SFT）との診断に至った。今まで腎原発SFTは非常に少ないとされてきたが，近年報告数が増加しており，現在まで75例の報告がある。その中で悪性所見を認めたという報告が10例あり，転移再発した報告もある。そのため，術後も定期的なフォローアップが必要と考える。

動脈塞栓術後の再破裂に対し腎部分切除術を施行した腎血管筋脂肪腫の1例：梅本秀俊，岩橋悠矢，出口龍良，樋口雅俊，山下真平，吉川和朗，射場昭典，柑本康夫，原 勲（和歌山医大），割栢健史，村田晋一（同病理） 47歳，女性。左腰部痛を主訴に前医泌尿器科受診。CTにて左腎腫瘍（AML）の破裂が疑われ，AML加療目的で当院紹介受診し，動脈塞栓術施行。腫瘍栄養動脈の1つである被膜動脈は屈曲，蛇行強く塞栓困難であり，塞栓後も腫瘍造影効果はわずかに残存していた。前医にてUS，MRIでフォローアップされていたものの，サイズ変化はなかった。4年後左季肋部痛を主訴に前医受診。当院紹介されCTにてAML再破裂と診断。再破裂症例であり，腎部分切除術を施行した。

Wunderlich 症候群の1例：若宮崇人，倉本朋未，稲垣 武（紀南） 16歳，女性。不正性器出血を主訴に前医受診した。腹部エコーにて右腎無形成および子宮体部付近の嚢胞性病変を指摘されたため，当科および当院産婦人科受診した。CTにて右腎無形成・重複子宮・重複膈・膈留血症を認め，Wunderlich 症候群と診断した。当科は経過観察，婦人科にて右膈開口術を施行された。Wunderlich 症候群は，Wolf管とMuller管の発育障害により患側腎無形成，傍頸部嚢腫を伴う子宮の重複奇形を来す非常に稀な疾患である。未治療で経過すると急性腹症，さらには不妊の原因にもなりえる。片側腎無形成の患者を診察した際は，合併奇形，とりわけ尿路生殖器の先天異常に関して念頭に置き，十分に精査すべきである。今回，Wunderlich 症候群の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

エベロリムス内服により遅発性器質性肺炎を来した腎移植症例：菊池 堯，松村直紀，林 泰司，西岡 伯（近畿大堺），佐伯 翔（同呼吸器内科） 46歳，男性。17年前にIgA腎症からの腎不全で生体腎移植後，免疫抑制剤としてネオオラル，セルセプトを使用していたが間質線維化と尿管萎縮を認めたためエベロリムスを追加し，1年後に発熱，肺炎像を認めたため入院。入院後抗生剤加療を開始するも肺炎像の改善に乏しく，気管支鏡検査を施行。気管支肺泡洗浄液にてリンパ球分画49%と優位な増加を認め，経気管支肺生検にて肺胞腔の器質化および軽度リンパ球浸潤を認めた。以上の結果より特発性器質性肺炎と診断した。エベロリムス内服による薬剤性器質性肺炎を疑いエベロリムスの内服を中止したところ，肺炎像の改善を認めた。低用量のエベロリムスであるサーティカン使用による器質性肺炎の報告は腎移植患者において1件のみであり，若干の文献的考察を含めて報告する。

MGUSを合併した生体腎移植の1例：矢西正明，村上彰悟，小糸悠也，田口 真，谷口久哲，吉田健志，三島崇生，安田鐘樹，駒井資弘，渡邊仁人，杉 素彦，木下秀文，松田公志（関西医大） MGUS (monoclonal gammopathy of undetermined significance) は1年に1%の割合で多発性骨髄腫などに進展するとされ，腎移植施行の適応や予後については不明な点が多い。50歳代，女性。腎代替療法が必要となり当科紹介。血清M蛋白量1.2g/dl，血清蛋白免疫電気泳動にてIgG- λ 型M蛋白，骨髓検査では形質細胞数1.3%であった。以上よりMGUSと診断。MGUSにはリスク因子があるが本症例は進展リスクが低く，患者の希望も強かったため，先行的生体腎移植術を施行した。血清Crは0.77mg/dlと移植腎機能は良好である。移植後20カ月経過しMGUSから骨髄腫への進展はない。また移植前と移植後6・18カ月目に施行したQOL評価でスコアは著明に改善を認めた。MGUS合併例でも適切なリスクと評価を行えば腎移植は良い適応と考える。

前立腺全摘除術後のため治療に難渋した尿管結石の1例：安食淳，萩原暢久，中河秀生，大西 彰，山田剛司，岩田 健，牛嶋壮，宮下浩明（近江八幡市立総合医療セ） 70歳，男性。以前から右腎に22mmおよび複数個の小さな腎結石を認めていたが，無治療経過観察となっていた。2015年2月，前立腺癌に対して恥骨後式前立腺全摘除術を施行。術直後より手術操作による一時的な左水腎症・膀胱尿道吻合不全による尿瘻が出現。術後7日目に右腎結石の一部が偶発的に尿管に落下，両側水腎症および急性腎後性腎不全と診断。前立腺全摘除術直後かつ膀胱尿道吻合不全を認めていたため経尿道的内視鏡処置は困難と考えPNS施行。待機的にPNLを施行した結果，一期的にすべての腎・尿管結石を碎石しstone freeを達成した。手術合併症により治療に難渋した症例であり文献の考察を加え報告する。

尿管ステント留置中に発症した尿管動脈瘤の2例：大島純平，木下竜弥，鄭 則秀，原田泰規，西村健作（大阪医療セ），高村 学（同放射線診断科），中澤哲郎（大阪大・放射線診断科） 症例1：65歳，女性。直腸癌術後再発，放射線治療後，左尿管狭窄に対して尿管ステント留置。高度の血尿が出現した。尿管ステント抜去と同時の血管造影で尿管動脈瘤と診断し，血管塞栓術を行った。症例2：77歳，女性。子宮頸癌術後，放射線治療後，両側尿管狭窄に対し尿管ステント留置。血尿が持続し受診。尿管ステント抜去下での血管造影にて左外腸骨動脈に仮性動脈瘤を疑う所見を認め，尿管動脈瘤と診断。カバードステント留置術を行った。

膣開口異所性尿管に対する腎摘除術後に発生した遺残尿管炎の1例：清水卓斗，青木勝也，大西美貴子，大西健太，藤本清秀（奈良医大），福井真二（奈良総合医セ） 19歳，女性。持続する尿失禁を主訴に13歳時に当科受診。膣開口異所性尿管と診断し，腹腔鏡下左腎摘除術（腹膜外アプローチ）を施行。尿管は腸骨血管との交差部付近で切断。術後から尿失禁は消失。16歳時に発熱，左下腹部痛および膣からの排膿を認め，遺残尿管炎と診断。以降，年2回程度で同症状を反復。画像検査では遺残尿管の壁肥厚を認め，遺残尿管炎の反復と診断し，19歳時に下腹部横切開にて遺残尿管摘除術を施行した。遺残尿管は周囲との癒着，壁肥厚を認め，病理所見でもリンパ球の浸潤が強く，炎症を反復していたものと考えられた。術後，症状の再発は認めない。遺残尿管を有する患者が発熱，下腹部痛を反復した場合，遺残尿管炎の可能性を考慮して診察にあたる必要がある。

経過観察中に増大したため摘除した副腎骨髄脂肪腫の1例：大塚憲司，尾張拓也，岩本崇史，松下千枝，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀（奈良医大） 37歳，男性。会陰部膿瘍の手術前CTで右副腎に径4cm大，内部に脂肪成分を含む腫瘤を認めた。会陰部膿瘍については，膀胱全摘除術と回腸導管造設術を施行。副腎腫瘍は良性腫瘍と考え，経過観察とした。4年後に9cmまで増大したため，腹腔鏡下副腎摘除術を施行した。術中に被膜損傷を認め，開腹手術に移行。標本は8×6×4cm，重さ89gであった。病理所見は，脂肪細胞の増殖と巨核球，顆粒球，赤芽球の増殖を認め，骨髄脂肪腫に矛盾しない所見であった。術後定期的にCT検査を施行し，再発なく経過している。

術後2年目に原発巣が判明した転移性副腎腫瘍の1例：上戸 賢，角田洋一，藤田和利，植村元秀，木内 寛，今村亮一，宮川 康，野々村祝夫（大阪大） 53歳，女性。左腰背部痛の精査で径8cmの

左副腎腫瘍を指摘され左副腎摘除術施行。診断は原発不明転移性腺癌であった。術後2年目の胸部CTで左浸潤性乳癌を指摘。乳癌の副腎転移と考えられた。

直腸癌に対する術前化学療法が著効した腎孟癌の1例：辻野拓也，松永知久，吉川勇希，高井朋聡，齋藤賢吉，内本泰三，反田直希，南幸一郎，高原 健，平野 一，稲元輝生，能見勇人，木山 賢，東治人（大阪医大） 56歳，男性。下痢，血便，体重減少を主訴に近医受診。下部内視鏡検査，腹部CT検査にて局所進行性直腸癌と左腎孟腫瘍の診断で当院受診。腎孟腫瘍生検で悪性所見は得られず腎孟癌の確定診断には至らなかった。直腸癌に対する術前化学療法として5クルールのFOLFOXIRI療法を施行。画像上左腎孟腫瘍は著明な縮小効果を得た。骨盤内臓全摘除術と左腎尿管全摘除術を施行。病理診断の結果，左腎孟腫瘍は尿路上皮癌であった。

心機能増悪により下大静脈後尿管増悪を来したと考えられた症例：武中良大，小川悟史，古川順也，原田健一，日向信之，石村武志，中野雄造，藤澤正人（神戸大） [緒言] 下大静脈後尿管は尿管が下大静脈の背側を走行する先天性の静脈奇形である。[症例] 79歳，女性。右側腹部痛が出現。逆行性尿路造影およびCTで下大静脈後尿管の診断となり下大静脈後尿管に対する手術目的で当院に紹介された。しかし心不全に伴う下大静脈の拡大による尿管圧排が水腎症の一因と考えられた。心不全の治療により水腎症は改善し，その後は水腎症の再発は見られていない。[考察] 手術加療報告の奏効率は高いが，いずれも若年者に行われており高齢者に対しては手術リスクを考慮した治療方針が必要である。[結語] 手術リスクの高い下大静脈後尿管症例に対し心不全加療を行い，水腎症を改善し保存的に治療を行うことができた。

後腹膜鏡下尿管全摘除術後にポート部再発を来した尿管癌の1例：樋口雅俊，宮井晴加，梅本秀俊，小池宏幸，山下真平，吉川和朗，射場昭典，松村永秀，根本康夫，原 勲（和歌山医大），岩橋吉史，藤本正数，村田晋一（同病理） 64歳，女性。2014年6月右尿管癌に対して後腹膜鏡下右尿管全摘除術を施行。病理結果はpT2，high grade，RM0であった。2016年1月ポート部近傍に腫瘤を触知し，同部位疼痛を主訴に当科受診。腹部CTで右腰部に軟部陰影を認め，PET-CTにて同部位に集積あり尿管癌のポート部再発と診断。同年2月腫瘍摘出術を施行，病理学的に断端陰性，尿管癌の再発に矛盾しない結果であった。術2カ月後のPET-CTで創部に集積を認め，CTガイド下生検を施行し局所再発と診断。両肺にも転移性病変を認めたため現在GC療法を施行中である。本邦でも尿管癌のポート部再発は数例報告されているが基本的に予後不良であり，孤発性のポート部再発であっても初期治療として集学的治療を行う必要があると考えられた。

子宮脱に合併した完全膀胱内反症の1例：山道 岳，薦原宏一，栗林宗平，川村正隆，中野剛佑，岸本 望，谷川 剛，高尾徹也，山口誓司（大阪急性期医療セ），竹村昌彦（同産婦人科） 81歳，女性。3経妊，3経産，BMI26.7kg/m²。2013年5月に子宮脱に対してベッサリリングを留置されて定期交換を行っていた。2015年3月に不正性器出血が出現し来院。外陰部から6cm大の腫瘤の脱出を認めていたが子宮脱は否定的であった。MRIで膀胱全層が大きく体外に脱出しており完全膀胱内反症と診断した。膀胱の浮腫・腫脹が強く用手還納は不可能であった。経膣の単純子宮全摘除術・恥骨上式膀胱還納術・膀胱固定術・尿道閉鎖術・膀胱瘻造設術・会陰形成術を施行し術後19日目に退院した。術後再発は認めず，排尿困難・尿失禁なく経過している。

BCG膀胱注中，努責により膀胱穿孔を発症した1例：家村友輔，豊島優多，福井真二，影林頼明，三馬省二（奈良県総合医療セ），井上剛志（奈良医大） 69歳，男性。201X年8月にTURBT施行しUC，high grade，pT1+Tis。201X年9月に2ndTURBT施行し悪性所見なし。2ndTURBTから2カ月後にBCG膀胱注を開始した。2回目の投与翌日に努責後より下腹部痛，排尿時痛が出現し，当科受診。膀胱造影にて造影剤の腹腔内への流出を認め，膀胱穿孔と診断。保存的加療を継続するも改善はなく，入院14日目に膀胱修復術を施行した。イソニアジドの予防投与，早期の外科的治療により腹膜炎には至らずに経過した。現在の膀胱癌の治療ガイドラインではhigh gradeの非筋層浸

潤癌では2nd TURBT後のBCG膀胱注が推奨されている。BCG膀胱注による膀胱穿孔の報告はないが、今後はこの症例のように膀胱穿孔を来す症例が出てくる可能性もあり、注意が必要である。

筋層浸潤性膀胱癌に対してGC動注療法が奏効した1例：長澤誠司、兼松明弘、大嶋浩一、新開康弘、嶋谷公宏、山田祐介、橋本貴彦、東郷容和、鈴木透、呉秀賢、野島道生、山本新吾（兵庫医大）75歳、男性。肉眼的血尿にて受診、精査により膀胱癌cT3N0M0と診断した。既往歴として心筋梗塞後の重度心不全（EF45%）があり、循環器内科より膀胱全摘や大量輸液は不可とされた。心不全のためMVAC動注療法は適応とならず、CDDP片側動注＋放射線併用療法を行うも治療対側に腫瘍再発を認め、TURBTにて浸潤性膀胱癌の再発と診断。心機能を考慮して動注化学療法を主体とした膀胱温存療法の中で、輸液量を抑えたGC動注化学療法を施行した。両側内腸骨動脈にリザーバカテーテルを留置しGC動注を6コース施行。再発病変に対して画像的CRを得た。効果判定のTURBTを予定していたが、CR後9カ月目に心不全の悪化と肺炎にて他因死された。

膀胱癌Plasmacytoid variantの1例：福井彩子、納谷佳男、石田博万、中田麻、野村武史、中西弘之、内藤泰行、鴨井和実、沖原宏治、浮村理（京府医大）81歳、男性。夜間頻尿増悪を主訴に前医受診。尿潜血を認め膀胱鏡施行。膀胱粘膜の浮腫状変化を認め、生検にてplasmacytoid urothelial carcinoma (PUC)の診断を得た。CTにて腹壁浸潤、右水腎症を認め、cT4bN0M0、stage IVと診断。腎機能低下を認めたためGEM＋CBDCA療法を開始。徐々に水腎症と膀胱壁肥厚の改善を認めたが9コース終了後に腫瘍の再増大を認めた。貧血などの副作用から化学療法継続が困難となったため、TURBT＋chemoradiationを施行し治療を終了した。PUCは予後不良な疾患で特にstage IVのOSは中央値13.3カ月と特に不良である。今回われわれは集学的治療により診断から14カ月間、転移なし生存を維持している症例を経験した。CBDCAは特に腎機能低下症例においても治療選択肢の1つとなる可能性が考えられた。

下垂体腫瘍摘出術後に認めた前立腺癌の1例：砂田拓郎、池内亮介、吉川武志、吉田徹、清川岳彦（京都市立）60歳代、男性。2010年に前医で下垂体腫瘍摘出術を施行。2012年より易疲労感出現し、当院内分泌科を紹介受診。精査にて遊離テストステロン著明低値を認め、性腺機能低下症の診断となった。PSA 3.3 ng/mlを確認し、2014年3月よりテストステロン補充療法開始。易疲労感は改善するも、同年9月にPSA 9.5 ng/mlと上昇し、テストステロン補充療法中止され、当科紹介。直腸診で右葉に硬結を認め、経直腸前立腺生検を施行。GS 4＋5＝9、cT3aN0M0の前立腺癌と診断した。2015年2月ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺全摘除術および拡大リンパ節郭清を施行した。病理診断はGS 4＋5＝9、pT3bN1、EPE0、RM0であった。現在術後1年が経過しているが、PSA <0.008 ng/mlであり、画像上も再発所見を認めていない。テストステロン補充療法は中断のまま経過観察している。

転移性去勢抵抗性前立腺癌に対して、ドセタキセル治療施行後、長期寛解が得られている1例：大草卓也、石津谷祐、波多野浩士、中井康友、中山雅志、垣本健一、西村和郎（大阪成人病セ）76歳、男性。2010年3月前立腺癌cT3bN1M1b（iPSA 41.475 ng/ml、GS 4＋3＝7）に対してCAB療法開始。2011年12月PSA上昇を認めたため、画像検索を施行。リンパ節はCRであり、Th11の骨転移のみ残存していたことから、骨転移に対して放射線照射を施行。照射後もPSAの低下はみられなかったため、2012年1月よりドセタキセル化学療法を計10コース施行。PSAは0.007 ng/mlまで低下、本人の希望もあり化学療法を終了。終了後約3年半、リュプロレリン投与のみでPSAは感度以下であり画像上もCRを維持している。

Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM)によって呼吸不全を来した前立腺癌の1例：西田将成、永澤誠之、城文泰、窪田成寿、富田圭司、水流輝彦、花田英紀、吉田哲也、影山進、上仁数義、成田充弘、河内明宏（滋賀医大）62歳、男性。食欲低下、体重減少にて受診。PSA 3.835 ng/ml、CTで多発骨転移あり。精査中に呼吸苦あり、超音波検査で肺高血圧を認めるも、造影CTで肺塞栓なく、肺野にびまん性粒状影を認めた。PTTMの疑いにて

CAB療法を先行し、徐々に呼吸状態は安定した。肺血流シンチグラフィで多発小欠損像、スワンガンツカテーテルによる肺動脈血細胞診でPSA染色陽性となり、前立腺癌によるPTTMと診断した。発症から3カ月後もPTTMの増悪なく経過している。

CRPCに発症したPulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM)の1例：八田原広大、濱田彬弘、小山梨恵、増井仁彦、七里泰正（大津市民）83歳、男性。前立腺癌多発骨転移（iPSA 756 ng/ml、Gleason score 4＋4、cT3aN0M1）に対して3年間のleuporelinとbicalutamideによるCAB療法後、CRPCとなりenzalutamideを投与中であった。約2週間持続する全身倦怠感・労作時呼吸苦を主訴に受診。呼吸不全と低血圧を認めたが、CTを含めた各種精査で明らかな原因は同定できなかった。心エコーでは肺高血圧症を疑わせる右心系の拡張を認めたが、造影CTで肺塞栓症は認められなかった。入院にて保存的加療開始後5日目に急速に増悪する呼吸不全で死亡した。剖検で肺細動脈の腫瘍塞栓および器質化した血栓と血管内膜の線維性肥厚を広範囲に認め、PTTMと確定診断された。担癌患者で右心負荷を伴う急激な呼吸不全を来したした場合、PTTMも鑑別に挙げる必要があると思われた。

前立腺間質性肉腫の1例：白石祐介、坂本茉莉子、桑原元、村崎基次、山道深、山田裕二（県立尼崎総合医療セ）26歳、男性。家族歴、既往歴ともに特記すべき事項なし。排尿困難にて近医受診し、直腸診にて前立腺の腫大、圧痛を認め前立腺炎として抗菌薬を処方された。しかし改善認めず、MRI、CTによる画像検査を施行し、前立腺に最大径10 cmの内部不均一な不整形腫瘍、多発肺結節影を指摘され当科紹介となった。経会陰的前立腺針生検を施行し、病理組織診断はstromal sarcomaであった。集学的治療としてAI療法4コース施行し、著明な腫瘍縮小効果を認め、原発巣の外科的切除としてRARPを施行。術後経過は良好であったが、AI療法2コース追加後、局所再発、ポート部再発、転移性肺腫瘍の増悪を認めた。Pazopanib開始するも効果なく、治療開始後8カ月で死亡した。

大腿神経を温存した後腹膜高分化型脂肪肉腫の1例：小池修平、岡田能幸、藤川祥平、奥村悦久、平山和秀、船田哲、赤松秀輔、根来宏光、小林恭、寺田直樹、山崎俊成、松井喜之、井上貴博、神波大己、小川修（京都大）80歳代、男性。左上腹部膨満を主訴に前医を受診し、造影CTで後腹膜高分化型脂肪肉腫を疑われ、当科受診。左腹部に脂肪と非脂肪組織からなる30 cm大の腫瘍を認めた。後腹膜脂肪肉腫の術前診断で行った開腹腫瘍摘除術の術中に、大腿神経が腫瘍内を走行していることが判明した。神経を温存する形で腫瘍を摘出し、神経周囲を無水エタノールで処理した。病理所見は硬化型の高分化型脂肪肉腫であった。術後15カ月現在、歩行機能は保持され、局所再発を認めていない。術中に神経や血管への腫瘍浸潤を評価し、温存を試みる本手法をIn situ preparation法と呼び、制癌効果を損なうことなく機能温存を達成する有効な治療となりえると考えられた。

気腫性膀胱炎の1例：木村泰典、川嶋秀紀（白浜はまゆう）65歳、男性。既往歴は頸部脊柱管狭窄症、糖尿病。2015年7月に尿閉と肉眼的血尿で当科受診。37.2℃の微熱を認めた。尿検査で蛋白、糖、ケトン体の陽性所見と、血液検査でCRP、血糖、HbA1cの高値を認めた。腹部CTにて膀胱壁内に全周性のガス像を認め、膀胱鏡検査では多数の気泡を膀胱粘膜内、および粘膜下に認めた。尿道カテーテルを留置し、セフカペン300 mg/日を経口投与し、同時に糖尿病内科より、1日1,600 kcalの栄養指導と糖尿病薬の投与が開始された。2週間後にはCRP値は正常化し、腹部CTでもガス像は消失していたため、尿道カテーテルは抜去、間欠的導尿とし、抗菌薬を終了した。尿培養からはエンテロコッカス属が検出された。本症例では速やかに治療を開始した事により、保存的加療で軽快が得られた。

前立腺癌放射線治療後に膀胱摘除を施行した1例：奥野優人、嶋津裕樹、藤本卓也、楠田雄司、田口功、川端岳（関西労災）72歳、男性。4年前に前立腺癌cT1cN0M0（adenocarcinoma、GS：3＋4）に対して放射線治療（外照射74 Gy）を施行したが、1年半で通院を自己中断しlost followとなっていた。今回、無症候性肉眼的血尿を主訴に受診となり、PSA値は0.741 ng/mlと低値であったが膀胱鏡検査にて膀胱頂部に広基性乳頭状腫瘍を認めた。膀胱癌cT3N0M0の

診断のもと、膀胱全摘除＋回腸導管造設術を行った。前立腺周囲の癒着に伴う直腸損傷の危険性を考慮し、前立腺は摘除せず膀胱前立腺移行部で離断した。病理組織学的検査結果は small cell carcinoma, pT3b であった。放射線治療によって誘発された二次癌である可能性も否定できない。

BCG 膀胱後に萎縮膀胱と肉芽腫性前立腺炎を発症した 1 例：源吉 顕治, 玉田 博 (JCHO 神戸中央) 77歳, 男性。膀胱癌 (UC, G2 >G3, pTis) に対して2014年1月 BCG 80 mg 膀胱内注入療法を週1回, 計6回施行した。2014年4月に膀胱容量の著しい低下を認め、BCG 膀胱に伴う萎縮膀胱と診断し、膀胱水圧拡張術を施行した。術後は排尿時痛, 下腹部痛は消失し, 1回尿量は100～150 ml に改善した。さらに3カ月後, 尿閉が出現した。MRI で膿瘍を伴う前立腺の腫大を認めた。抗結核薬を投与するも症状増悪したため TUR-P を施行した。病理組織は壊死を伴った類上皮細胞からなる肉芽腫性炎症所見を認め、BCG 膀胱による肉芽腫性前立腺炎と診断した。術後に下腹部痛, 排尿困難は速やかに消失した。BCG 膀胱内注入療法では重篤な副作用の発現に留意して, 副作用が発現した時には速やかな対応を必要とする。

尿路交向後遺残膀胱に発生した原発性膀胱腺癌の 1 例：坂本茉莉子, 白石祐介, 神野 雅, 村時基次, 山道 深, 山田裕二 (尼崎総合医療セ) 54歳, 男性。17歳時に交通事故にて骨盤骨・恥骨骨折, 膀胱破裂・尿道損傷受傷し, 回腸導管造設歴あり。盲腸癌にて回盲部切除の既往歴あり。53歳時に外尿道口より血性分泌物排出を自覚し精査加療目的に当科紹介受診。MRI 精査にて遺残膀胱側壁に粘液性基質に富んだ有茎性腫瘍認め、経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。膀胱内は粘液成分が充滿しており, 右側壁～前壁にかけて多発腫瘍性病変を認めた。病理診断結果は adenocarcinoma, pT2。全身検索にて他転移巣なく, 後日根治的膀胱全摘除術・尿道抜去術を追加施行した。病理組織診断結果は adenocarcinoma in situ。背景には増殖性膀胱炎像を認め原発性膀胱腺癌の診断であった。術後経過は良好にて術8日目に退院の運びとなった。現在術後1年経過し, 再発所見なく外来経過観察中である。

低位前方切除術後, 浸潤性微小乳頭型尿路上皮癌に対し膀胱全摘術を施行した 1 例：佐藤克哉, 植木秀登, 佐野貴紀, 三浦徹也, 吉行一馬, 結縁敬治, 山下真寿男 (神鋼記念) 70歳, 男性。52歳時に直腸癌で低位前方切除術を施行された既往あり。膀胱腫瘍に対して TUR-BT を行い, 病理は urothelial carcinoma, high grade, at least pT2 であり, 一部に浸潤性微小乳頭状癌の成分を認めた。膀胱全摘術を施行し, 術後補助治療として GEM＋CCDP 療法を2コース施行した。再発なく3年半が経過している。

デスマプレシン酢酸塩が奏効した夜間多尿を有する脊髄損傷患者の 1 例：飯田孝太, 星山文明, 田中雅博 (大阪回生) 67歳, 男性。Zancolli 分類 C7A の頸髄損傷を受傷後, 尿道カテーテルによる管理が行われていたが, 有熱性尿路感染を繰り返すため, 排尿管理目的に当院転院となった。排尿時膀胱造影検査で, 約150 ml で自律神経過緊張反射を認めたため, 抗コリン剤を投与した。また, 感染リスク軽減目的に, 清潔間欠自己導尿指導を開始した。最大膀胱容量は500 ml と改善するも, 夜間多尿指数 (NPi) 0.47 と夜間多尿を認め, 夜間1回の導尿を要していた。飲水制限とデスマプレシン酢酸塩水和物投与により NPi 0.14 と著効し, 就寝中の導尿は不要となった。デスマプレシン酢酸塩水和物は, 適切に使用すれば, 脊髄損傷患者の排尿管理や QOL 改善に有用な薬剤と考えられた。

尿道膀胱メラノーマの 1 例：構木 立, 西村昌則 (美杉会佐藤) 79歳, 男性。肉眼的血尿を主訴に受診。前部尿道に腫瘍を認め経尿道的に切除, 病理検査結果よりメラノーマの診断となる。転移がないことを確認し, 陰茎全摘術施行。術後フォローで膀胱内再発を確認, TUR-BT にてメラノーマの膀胱内転移と診断。そののち膀胱尿道全摘を施行。

陰嚢に発生した Mucinous cystadenoma の 1 例：奥田洋平, 谷川剛, 栗林宗平, 山道 岳, 川村正隆, 中野剛佑, 岸本 望, 薦原宏一, 高尾徹也, 山口誓司 (大阪府立急性期・総合医療セ), 島津宏樹,

伏見博彰 (同病理) 48歳, 男性。無痛性の右陰嚢腫大のため前医受診。超音波検査で右陰嚢内に約7 cm 大の充実性の腫瘍を指摘され当科紹介受診。LDH の上昇はごく軽度であり, 腫瘍マーカー AFP・hCG・hCG- β の上昇を認めなかった。右精巣腫瘍の診断の下, 高位精巣摘除術を行った。腫瘍は正常精巣を圧排する様に存在しており, 病理結果は mucinous cystadenoma できわめて稀な病理組織型であった。陰嚢内に発生した mucinous cystadenoma は自験例を含めこれまで10例が報告されているが, いずれの症例においても再発・転移は認められていない。

精巣捻転後4カ月目で精上皮腫と診断された 1 例：高橋智輝, 大森直美, 桑原 賢, 安富正悟, 大關孝之, 本郷祥子, 齋藤允孝, 杉本公一, 清水信貴, 南 高文, 野澤昌弘, 能勢和宏, 吉村一宏, 植村天受 (近畿大), 前西 修 (同病理) 36歳, 男性。既往歴, 家族歴特記事項なし。急性陰嚢症に対し精巣捻転が否定できないため手術適応となり, 術中に左精巣捻転を認め左精巣固定術が施行された。術中精巣は軽度腫脹認めるものの, 白膜に異常を認めなかった。術後に左陰嚢内容の腫脹が徐々に増悪, 無痛性腫大を呈し4カ月後に再度受診。左精巣は10 cm 大に腫脹, 硬結を触れ, LDH の上昇を認めた。精巣癌の疑いで左高位精巣摘除術施行され, pT2N0M0S2 seminoma と診断された。急性陰嚢症における精巣腫瘍の割合は約5%と稀だが, 急性陰嚢症術後も精巣腫脹が改善しない例では精巣癌の可能性があり, これを念頭に経過観察する必要がある。

精索に発生した線維性偽腫瘍の 1 例：玉田 博, 源吉顕治 (JCHO 神戸中央) 27歳, 男性。主訴は半年前から認めている左陰嚢内腫瘍の腫大。左陰嚢内に弾性硬な鶏卵大の腫瘍を触知し, 精巣上体に接していた。MRI にて左精巣に異常なく, 精索に接し T1 iso, T2 low な45 mm の石灰化を伴う内部均一な腫瘍を認めた。各種腫瘍マーカーは正常。比較的経過の長い腫瘍であり良性疾患を念頭に置き腫瘍摘除術を施行, 精巣を温存した。病理にて線維性偽腫瘍であった。繊維性偽腫瘍は真の腫瘍でないため予後は良好である。

陰嚢に発生した Mucinous cystadenoma の 1 例：奥田洋平, 谷川剛, 栗林宗平, 山道 岳, 川村正隆, 中野剛佑, 岸本 望, 薦原宏一, 高尾徹也, 山口誓司 (大阪府立急性期・総合医療セ), 島津宏樹, 伏見博彰 (同病理) 48歳, 男性。無痛性の右陰嚢腫大のため前医受診。超音波検査で右陰嚢内に約7 cm 大の充実性の腫瘍を指摘され当科紹介受診。LDH の上昇はごく軽度であり, 腫瘍マーカー AFP・hCG・hCG- β の上昇を認めなかった。右精巣腫瘍の診断の下, 高位精巣摘除術を行った。腫瘍は正常精巣を圧排する様に存在しており, 病理結果は mucinous cystadenoma できわめて稀な病理組織型であった。陰嚢内に発生した mucinous cystadenoma は自験例を含めこれまで10例が報告されているが, いずれの症例においても再発・転移は認められていない。

精巣原発 Chondrosarcoma の 1 例：楠本浩貴, 森 喬史, 鈴木淳史 (和歌山労災) 37歳, 男性。以前より右精巣痛があったが, 硬結も自覚するようになり当科受診。右精巣はゴルフボール大, 表面不整で固かった。CT では右精巣は石灰化が著明。MRI では T2 で石灰化部位は low intensity だが, high intensity の部位も認められた。右精巣腫瘍の診断で右高位精巣摘除術施行。病理は高分化 chondrosarcoma だった。術後の骨シンチでは明らかな集積像なし。術後4カ月で再発なく経過している。

内視鏡下手術により摘出し得た骨盤内神経鞘腫の 1 例：大年太陽, 山崎健史, 井口圭子, 岡村太裕, 田中尚夫, 桑原伸介, 井口太郎, 玉田 聡, 仲谷達也 (大阪市大), 吉田直正 (吉田病院) 69歳, 男性。30歳時より多発神経鞘腫 (頭蓋内, 脊髄, 左大腿) の既往がありいずれも手術を施行されていた。経過観察中に坐骨神経痛と考えられる左後大腿面の痛みが増悪し, 大腰筋内側と骨盤腔に腫瘍を認めたため加療目的に当科紹介受診。術前に左内腸骨動脈造影を施行し, 骨盤内腫瘍への血流を塞栓した上で腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行。右側臥位にて大腰筋内側腫瘍を摘出した後, 頭低位に体位変換して骨盤内腫瘍を摘出した。術後左後大腿面の痛みは軽快し神経脱落症状も軽微であった。病理診断は神経鞘腫であった。神経鞘腫に対する内視鏡下手術について考察した。